

THESE

1009

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

( Diplôme d'ETAT )

PAR

SCHACHTER JACQUES

Ancien Interne des Hopitaux  
auprès de la Faculté de Clermont Ferrand  
né le 18 Septembre 1931 à Vienne (Autriche)

~~Présentée et soutenue~~ publiquement le

CONTRIBUTION à L'ETUDE des

GROSSESSES EXTRA UTERINES

A TERME

AVEC ENFANTS VIVANTS

A PROPOS D'UN CAS DE GESTATION ABDOMINALE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur VARANGOT

1000

1000

1

1000

1

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1

1000

1000

1000

1000

1000

1

1000

1000

1

1000

1000

1000

1000

1000

1000

# THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)

PAR

SCHACHTER JACQUES

Ancien Interne des Hopitaux  
auprès de la Faculté de Clermont Ferrand  
né le 18 Septembre 1931 à Vienne (Autriche)

---

Présentée et soutenue publiquement le

---

CONTRIBUTION à L'ETUDE des

GROSSESSES EXTRA UTERINES  
A TERME  
AVEC ENFANTS VIVANTS

A PROPOS D'UN CAS DE GESTATION ABDOMINALE

---

PRESIDENT : Monsieur le Professeur VARANGOT

1803

1803

1803

1803



1803

1803

1803

1803

1803

1803

1803

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.)  
 DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),  
 HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.),  
 LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MULON (P.),  
 OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.)

DOYEN . . . . . Léon BINET  
 Membre de l'Institut

ASSESEUR . . . . Jean VERNE.

## I.- PROFESSEURS :

Anatomie  
 Anatomie pathologique  
 Anesthésiologie  
 Bactériologie  
 Biochimie médicale  
 Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports  
 Biologie médicale  
 Cancérologie médicale et sociale  
 Clinique carcinologique  
 Clinique de cardiologie  
 Cliniques chirurgicales :  
 Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique  
 Clinique de chirurgie cardio-vasculaire  
 Clinique de chirurgie infantile et orthopédie  
 Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire  
 Clinique génétique médicale  
 Clinique gynécologique  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques  
 Clinique des maladies des enfants  
 Clinique des maladies infectieuses  
 Clinique des maladies mentales et de l'encéphale  
 Clinique des maladies métaboliques  
 Clinique des maladies du sang  
 Clinique des maladies du système nerveux  
 Cliniques médicales  
 Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique  
 Clinique médicale propédeutique  
 Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies  
 de la nutrition

Beaujon  
 Cochin  
 Hotel-Dieu  
 Salpêtrière

Bichat  
 Broussais  
 Cochin  
 Hôtel-Dieu

MM.  
 CORDIER (G.)  
 DELARUE (A.)  
 BAUMANN (J.)  
 FASQUELLE (R.)  
 JAYLE (M.F.)  
 CHAILLEY-BERT (P.)  
 FAUVERT (R.)  
 BERNARD (J.)  
 REDON (H.)  
 MOUQUIN (M.)  
 SICARD (A.)  
 QUENU (J.)  
 MENEGAUX (G.)  
 MOULONGUET (P.)  
 MERLE d'AUBIGNE (R.)  
 de GAUDART-d'ALLAINES (F.)  
 FEVRE (M.)  
 MATHEY (J.)  
 LAMY (M.)  
 FUNCK-BRENTANO (P.)  
 DEGOS (R.)  
 CATHALA (J.)  
 MOLLARET (P.)  
 DELAY (J.)  
 HAMBURGER (J.)  
 MARCHAL (G.)  
 ALAJOUANINE (T.)  
 JUSTIN-BESANÇON (L.)  
 de GENNES (L.)  
 MOREAU (R.)  
 BARIETY (M.)  
 DEBRAY (C.)  
 PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)  
 BOULIN (R.)

Clinique de neuro-chirurgie

Cliniques obstétricales

{ Baudeloque  
Port-Royal  
Ternier

Clinique ophtalmologique

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique de pédiatrie sociale

Clinique de pneumo-phthisiologie

Clinique psychiatrique infantile

Clinique de puériculture

Clinique rhumatologique médicale et sociale

Clinique stomatologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique thérapeutique médicale

Clinique urologique

Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)

Embryologie

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Histologie

Hygiène et clinique de la première enfance

Hygiène et médecine préventive

Médecine légale

Médecine du Travail

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale et comparée

Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)

Pathologie médicale

Pathologie et thérapeutique générales

Pharmacologie et matière médicale

Physiologie

Physique médicale

Radiologie médicale

Technique chirurgicale

Thérapeutique

MM.

PETIT-DUTAILLIS (D.)

LACOMME (M.)

VARANGOT (J.)

LANTUEJOUL (P.)

RENARD (G.)

AUBIN (A.)

MARIE (J.)

BERNARD (E.)

MICHAUX (L.)

LELONG (M.)

COSTE (F.)

DECHAUME (M.)

SENEQUE (J.)

LEMAIRE (A.)

FEY (B.)

DJOURNO (A.)

GIROUD (A.)

SOULIE (P.)

VERNE (J.)

TURPIN (R.)

JOANNON (C.)

PIEDELIEVRE (R.)

DESOILLE (H.)

GALLIARD (H.)

COUVELAIRE (R.)

LAVIER (G.)

LENEGRE (J.)

MERKLEN (F.)

DECOURT (J.)

GARCIN (J.)

CHEYMOL (J.)

BINET (B.)

DOGNON (A.)

DESGREZ (H.)

PATEL (J.)

BROUET (G.)

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

### ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

Anatomie

Anatomie pathologique

MM.

DELMAS (A.) pr. s. ch.

CABROL (C.)

DEBEYRE (J.)

OLIVIER (G.)

GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)

BUSSIER (P.)

GOUYGOU (Ch.)

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

Bio logie médicale

Carcinologie

Dermato-Syphiligraphie

Electro-Radiologie

Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies Infectieuses

Médecine légale

Médecine du Travail

Neuro-chirurgie

Neurologie

Obstétrique

Ophthalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

MM.

N... N...

HAUDUROY (P.) pr.s.mh. (dét.)

NEVOT (A.) pr.s.ch.

CHRISTOL (D.)

TOURNIER (P.)

BARBIER (P.)

ETTORI (J.) pr.s.ch. (dét.)

DESGREZ (P.) pr. s. ch.

POLONOVSKI (J)

SCHAPIRA (G.)

BOURLIERE (F.)

N... N...

DUPERRAT (B.)

N...

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

N... N...

COUJARD (R.) pr.s.ch.

N....

N....

CORNET (A.)

BOYER (J.) pr.s.ch.

DEPARIS (M.) pr. s. ch.

BASTIN (R.)

DEROBERT (L.) pr.s.ch.

GAULTIER (M.)

HADENGUE (A.)

ALBANY (C.)

DAVID (M.)

LHERMITTE (F.)

GRASSET (J.)

LE LORIER (G.)

LEPAGE (P.)

MERGER (R.)

MORIN (P.)

RAVINA (J.)

ROBEY (M.)

BREGEAT (P.)

DESVIGNES (P.)

JUDET (R.)

AUBRY (M.)

MADURO (R.)

BRUMPT (L.C.) pr.s.ch.

CHABAUD (A.)

RUDIER (J.) pr.s.ch. (dét.)

ABOULKER (P.)

BARCAT (J.)

CAUCHOIX (J.)

DUBOST (C.)

FAUREL (J.)

Pathologie chirurgicale

Pathologie expérimentale

Pathologie médicale

Pédiatrie

Pharmacologie

Physiologie

Physique médicale

Pneumo-Physiologie

Psychiatrie

Psychiatrie infantile

Rhumatologie

MM.

FLABEAU (F.)

GERMAIN (A.)

GOSSET (J.)

LAURENCE (G.)

LORTAT-JACOB (J.)

OLIVIER (Cl.)

POILLEUX (F.)

THOMERET (G.)

VERNE J.M.

N... N.;...

LOEPER (J.)

MAURICE (P.)

HAGUENAU (J.) pr.s.ch.

BOUDIN (G.)

BOUVIER (J/B.)

BRICAIRE (H.)

BRISAUD (H.)

CASTAIGNE (P.)

CONTE (M.)

DEROT (M.)

DOMART (A.)

ÉAMOTTE (M.)

LAROCHE (C.P.)

MACREZ (Cl.)

MILLIEZ (P.)

PEQUIGNOT (H.)

RAMBERT (P.)

ROYER (P.)

THIEFFRY (St.)

TURIAF (J.)

WOLFROMM (R.)

N....

N....

JOSEPH (R.)

MOZZICONACCI (P.)

POLONOVSKY (Cl.)

DEVY (Melle J.) pr.s.ch.

N....

BARJETON (D.) pr.s.ch.

PARROT (J.) pr.s.ch.

DEJOURS (P.)

GOUGEROT (L.)

N....

KREIS (B.)

PICHOT (P.)

N...

DELBARRE (F.)

Stomatologie

Thérapeutique

Urologie

MM.

{ CERNEA (P.)  
{ CHAPUT (Mme. A.)  
{ CHASSAGNE (P.)  
{ PERRAULT (M.)  
KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

Clinique chirurgicale

Clinique médicale

Clinique neurologique

Clinique obstétricale

Clinique ophtalmologique

Clinique pédiatrique

Clinique psychiatrique

MM.

{ AMELINE (A.)  
{ HUGUIER (J.)  
{ LEGER (L.)  
{ PADOVANI (P.)  
{ ROUX (M.)  
{ DREYFUS (Gilbert)  
{ KOURILSKY (R.)  
de SEZE (S.)  
MAYER (H.)  
OFFRET (G.)  
LAPLANE (R.)  
BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté  
Secrétaire

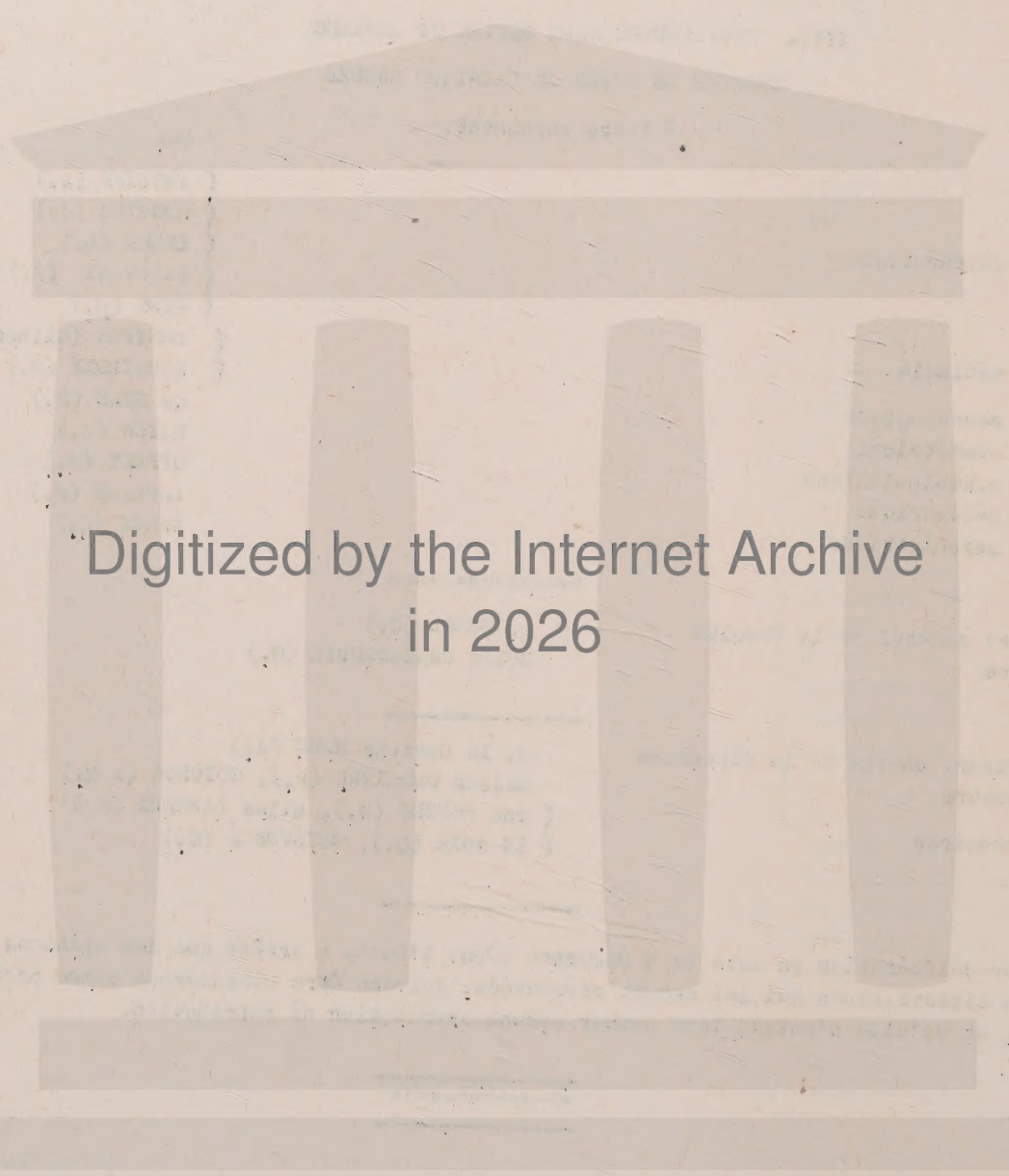
M. MOREL (J.)  
Melle CHAINTEUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction  
Conservateurs

Bibliothécaires

M. le Docteur HAHN (A.)  
Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)  
{ Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.)  
{ LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41556006\\_0020](https://archive.org/details/IA41556006_0020)

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS



A Monsieur le Professeur V A R A N C O T

Professeur de Clinique Obstétricale  
à la Faculté de Médecine de Paris

En hommage pour le très grand honneur  
qu'il nous a fait en acceptant la présidence  
de cette thèse.



A Monsieur le Professeur Z O N D E K

Prix NOBEL de Médecine,  
Professeur à l'Université de Jérusalem

En témoignage de notre grande admiration  
et de toute notre gratitude.



A MES MAITRES dans les HOPITAUX :

Messieurs les Professeurs Agrégés    R A V I N A  
De S E Z E  
M U S S E T

Messieurs les Docteurs    W O R M S  
W O L L I N E T Z  
L E B E A U

En reconnaissance pour l'enseignement  
qu'ils nous ont prodigué et l'aimable accueil  
qu'ils nous ont toujours réservé.



A Messieurs les Docteurs G E N T Y et G A N N E

Pour les connaissances pratiques acquises  
dans leur service, la bienveillance qu'ils nous  
ont toujours manifestée et la confiance qu'ils  
ont bien voulu nous témoigner.

A Monsieur le Docteur O L L I E R

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse  
et guidé dans sa réalisation.

A Messieurs les Docteurs R O U M E

de B O T T O N

T H I B A U L T de B E A U R E G A R D

L E R O Y

B O N S

F R A N C I L L O N

B A R B A D A U L T

Qu'ils trouvent ici l'expression de toute  
notre respectueuse reconnaissance.



# INTRODUCTION

---

L'évolution jusqu'au terme de grossesses extra utérines n'est pas aussi exceptionnelle qu'on aurait tendance à le penser et leur aboutissement à des foetus viables est même possible.

Quelques sept cents cas, rapportés dans la littérature contemporaine, en témoignent.

C'est à propos d'un de ces cas qu'il nous a paru intéressant de rassembler quelques considérations d'ordre anatomo-physiologique, étiopathogénique et clinique et de discuter d'une thérapeutique rationnelle.

---



C'est aux environs du XIème siècle que remontent vraisemblablement les premières observations de grossesses extra-utérines aujourd'hui rapportées.

" . En l'an 1000, à Cordoue, ALDUCASSIS, cité par KING, pratique "chez une jeune femme, présentant un "volumineux abcès abdominal fistulisé" un "large drainage de la lésion, et voit apparaître successivement toute une série "d'os de fœtus,"

"C'est le cas aussi, à peu près à la même époque, du hongrois "Jacob NUFER, cité par VOEGTLIN, qui opère sa propre femme et réussit à mettre "au monde un enfant vivant."

Au début du XIXème siècle, la systématisation des laparotomies (LAWSON-TAIT), ouvrant une ère nouvelle à la recherche scientifique, devait permettre d'entreprendre l'étude approfondie de ces gestations ectopiques.

On admet généralement aujourd'hui que les G.E.U. :

- se rencontrent le plus souvent entre 20 et 30 ans, 1 fois sur 200 gestations environ, 9 fois sur 10 chez une multipare (rappelons que 20 % des accouchées sont des primipares).
- elles siègent, habituellement, au niveau de la trompe (9 fois sur 10) et, dans ce cas, plus fréquemment à droite (60 %) qu'à gauche (40 %), mais parfois en dehors d'elle, sur un ovaire ou dans la cavité abdominale.
- elles évoluent dans les premiers mois et le plus souvent vers l'interruption :
  - o soit brutale : dans un tableau abdominal aigu, traduisant une hémorragie, un avortement, une torsion ou même une rupture tubaire ;
  - o soit à bas bruit : si les conditions de développement sont défavorables, en se résorbant ou en se calcifiant.

1. The first part of the report deals with the general situation of the country and the results of the survey.

2. The second part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

3. The third part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

4. The fourth part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

5. The fifth part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

6. The sixth part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

7. The seventh part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

8. The eighth part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

9. The ninth part of the report deals with the results of the survey and the conclusions drawn from it.

## L' OEUF PEUT CEPENDANT SURVIVRE

- Soit à l'intérieur des annexes,
- Soit même à l'intérieur de la cavité péritonéale, par exemple après fissuration à bas bruit de la trompe et extériorisation.

On admet aujourd'hui qu'au-delà de 5 mois, si l'oeuf est vivant, la gestation extra-utérine se poursuit pratiquement sans plus de risques que in utero jusqu'au terme.

Notons, toutefois, que les complications éventuelles, pouvant survenir au décours de gestations physiologiques, sont évidemment à redouter ici tout particulièrement.

### AU MOMENT DU TERME.

La rupture de l'équilibre endocrinien hypophyse-gonades, qui va entraîner le déclenchement des phénomènes de travail, constituera ici un arrêt de mort foetal, l'accouchement par les voies naturelles étant impossible.

Seule, une intervention chirurgicale, pratiquée à temps, permettra une éventuelle survie.

En 1922, BARONNET rapporte 303 cas de G.E.U. avec enfants vivants dans la littérature mondiale.

BLAND, MONTGOMERY, HELLMAN et SIMON, WARE et de VILLIERS en ont rapporté plus de 400 autres cas depuis (VOEGTLIN 1957).

- Mais :
  - 30 % des nouveaux-nés présentent des déformations ou des malformations ;
  - 70 à 90 % des nouveaux-nés, même normaux, ne survivent pas au-delà de 5 ans (BARONNET).

### AU-DELA DU TERME.

- Possibilité :
  - soit de rétention foetale dans l'abdomen, sans gêne particulière d'ailleurs ;
  - soit complications d'ordre infectieux (au contact des organes voisins) putréfaction et même fistulisation de ce kyste foetal en rétention.



## ANATOMO PHYSIOLOGIE

L'oeuf peut se développer dans la trompe  
sur l'ovaire  
ou dans la cavité abdominale.

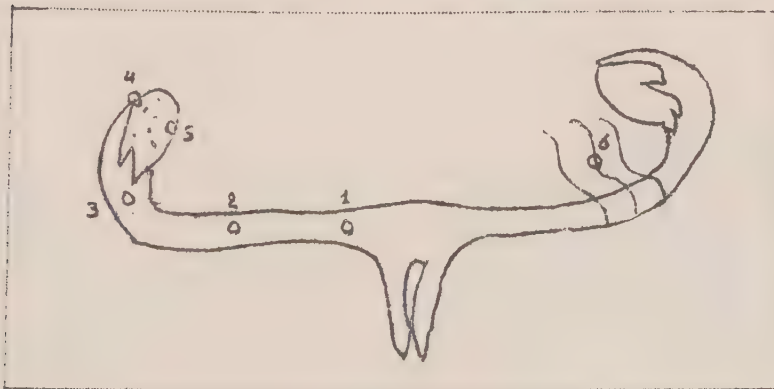
C'est ainsi qu'il est classique de distinguer :

I.- Les G.E.U. tubaires (95 %) et parmi elles 4 variétés :

- a.- Interstitielle,
- b.- Tubaire isthmique,
- c.- Ampulleire,
- d.- Infundibulaire,

II.- Les G.E.U. oophoriques ou Ovariennes .

III.- Les G.E.U. Péritonéales ou Abdominales.



Mais l'oeuf se développera d'autant plus sûrement et plus longtemps qu'il sera situé plus loin de l'utérus. PINARD disait : "L'oeuf fait écarter la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus."

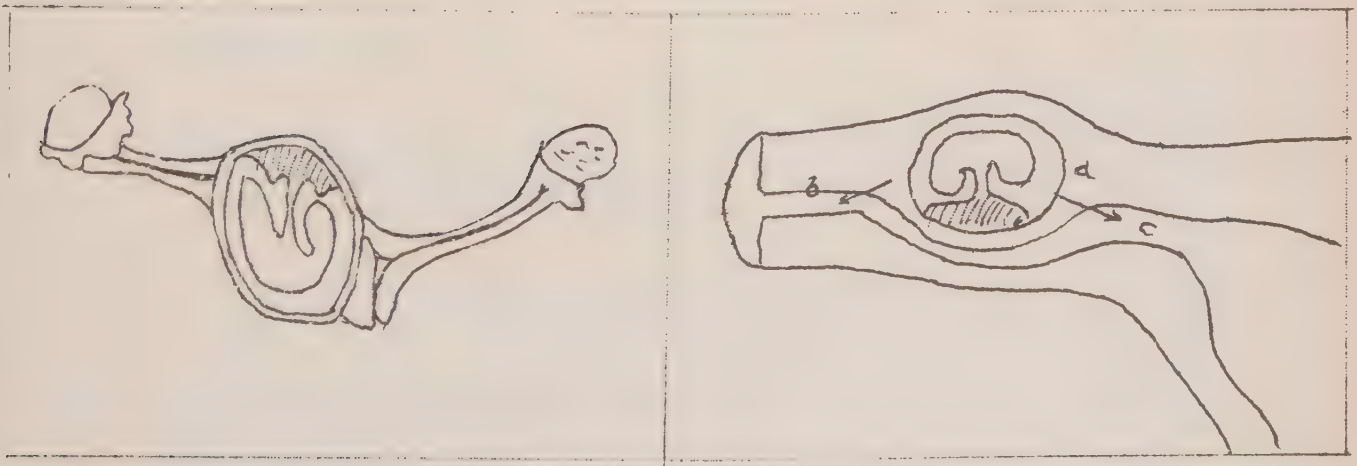
Examinons schématiquement ces diverses variétés.



## I. - LES GROSSESSES TUBAIRES

### LA FORME INTERSTITIELLE

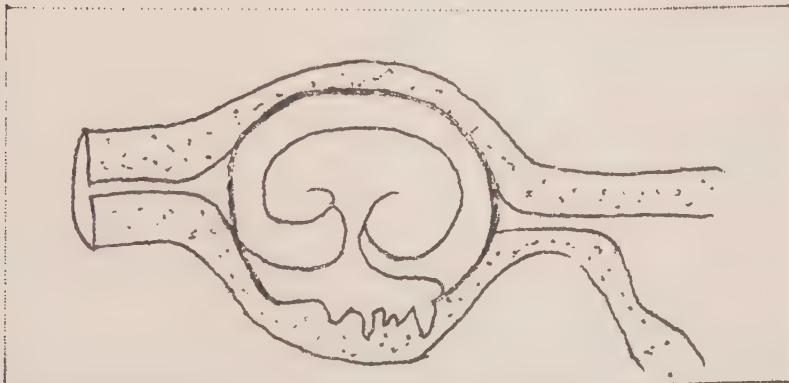
- Est
  - le plus rare (1 % pour FÉLIX) et
  - le plus redoutable, car elle nécessite parfois une hystérectomie hémostatique.
  
- Trois possibilités de développement sont offertes à l'œuf :
  - soit un développement au cœur même de la musculature de l'ostium uterinum où il s'est greffé ; il est alors sans connexions avec les lumières utérines ou tubaires (Dg. histologique) : c'est la variété dite intra-murale de WOERTH.
  - soit un développement vers la lumière tubaire, réalisant une grossesse tubaire secondaire : c'est la variété tubo-interstitielle.
  - soit encore évolution vers la cavité utérine, en dilatant l'ostium uterinum : c'est la variété tubo-utérine.





## LA FORME ISTHMIQUE

- Plus fréquente, (10 à 20 %) elle reste très grave.
- On lui reconnaît deux origines :
  - soit Grossesse tubaire primitive : correspondent à une greffe ovulaire primitive dans sa portion isthmique, d'ailleurs siège physiologique de la fécondation ;
  - soit Grossesse tubo-interstitielle, bien plus rare, nidée, elle, dans un premier temps dans l'ostium uterinum et ne s'étendant que secondairement dans la lumière tubaire.



## LA FORME AMPULLAIRE

C'est la forme la plus fréquente de toutes (70 à 80 %) et heureusement de pronostic moins redoutable. L'oeuf se développera ici dans l'ampoule tubaire, cavité cônica de 7 à 8 cm. de profondeur, souple et extensible, au fond de laquelle le rattache un pédicule.

Celui-ci lui permettra une certaine mobilité, au début, tout au moins, et explique l'existence de deux variétés de ces gestations ampullaires :

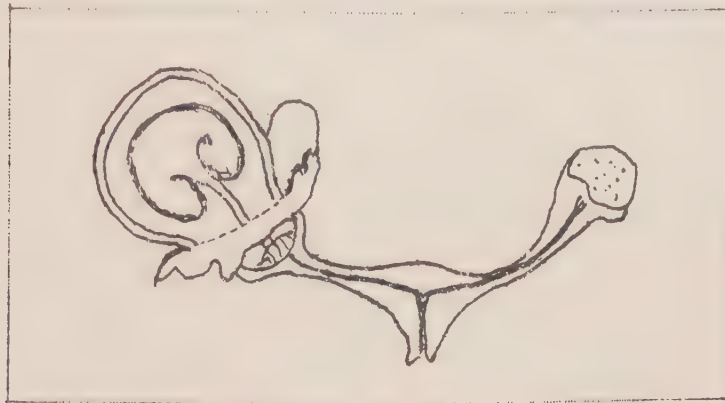
- Celle à expansion péritonéale, habituelle, dilatent la cavité ampullaire pour devenir secondairement intra-péritonéale :
  - soit après dilatation de l'ostium abdominale ;
  - soit, si c'est impossible, par effraction, plus exceptionnelle, à travers la paroi tubo-ampullaire (Grossesse tubo-abdominale indirecte).

The first part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States. It is a study of the past, and it is a study of the present. It is a study of the future. It is a study of the people of the United States. It is a study of the people of the world. It is a study of the people of the future.



The second part of the paper discusses the importance of the study of the history of the United States. It is a study of the past, and it is a study of the present. It is a study of the future. It is a study of the people of the United States. It is a study of the people of the world. It is a study of the people of the future.

- Celle à expansion intra-ligamentaire, plus rare, partielle ou totale, suivant l'importance du dédoublement des feuillets du ligament large entre lesquels l'oeuf va ici s'insinuer.



#### LA FORME INFUNDIBULAIRE

Cette forme, enfin, très rare, est également de pronostic favorable, l'oeuf se greffant ici à l'aise sur le pavillon de la trompe, portion souple, extensible et fixée par une longue frange tubo-ovarienne au pôle externe de l'ovaire.

Il peut se greffer à l'extrémité de l'une des franges de ce pavillon, réalisant une nidation fimbillaire, parfois même sur un pavillon annexe (ZWEIGEL, HERZOG).

+

+

+

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the existence of solutions of the system of equations (1) and (2) under the assumption that the functions  $f_i(x)$  and  $g_j(x)$  are continuous and satisfy certain conditions.



2. In the second part, we consider the case where the functions  $f_i(x)$  and  $g_j(x)$  are not continuous, but satisfy certain conditions which allow us to apply the theory of differential equations with discontinuous right-hand sides.

3. The third part of the paper is devoted to the study of the stability of the solutions of the system (1) and (2) with respect to the initial conditions. We show that under certain conditions the solutions are stable in the sense of Lyapunov.

4. Finally, we consider the problem of the construction of the solutions of the system (1) and (2) in the case where the functions  $f_i(x)$  and  $g_j(x)$  are not continuous. We show that under certain conditions the solutions can be constructed by the method of successive approximations.

## II.- GROSSESSES OOPHORIQUES ou OVARIENNES

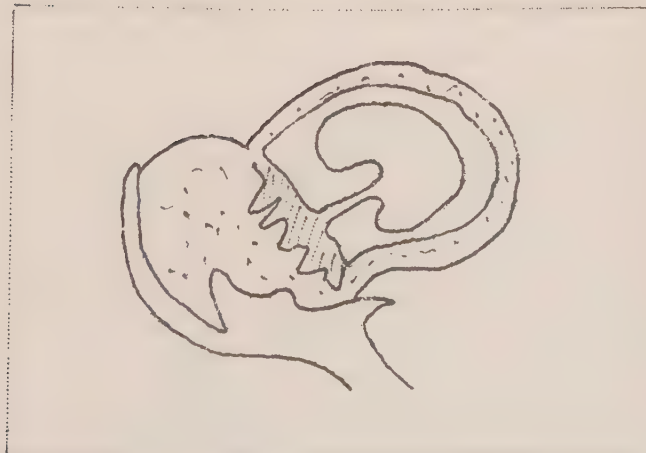
Elles sont rarissimes. On en distingue deux types, pour l'affirmation desquels trois critères ont été définis au Congrès d'Amsterdam (1899) :

- Utérus et trompe doivent être histologiquement indemnes de toute trace de nidation.
- L'oeuf doit être entouré de tissu ovarien.
- Le ligament utéro-ovarien doit relier le kyste foetal à l'utérus.

Ce sont :

- Les formes OVARIENNES INTERNES : développées à l'intérieur d'un follicule de de GRAAF (ici pas de caduque).

- Les formes OVARIENNES EXTERNES : développées, elles, en dehors de ce follicule.





### III.- GROSSESSES PERITONEALES ou ABDOMINALES

Egalement très rares (l'œuf pouvant être résorbé par le péritoine);  
on en distingue deux variétés :

#### LA G. E. U. péritonéale dite PRIMITIVE

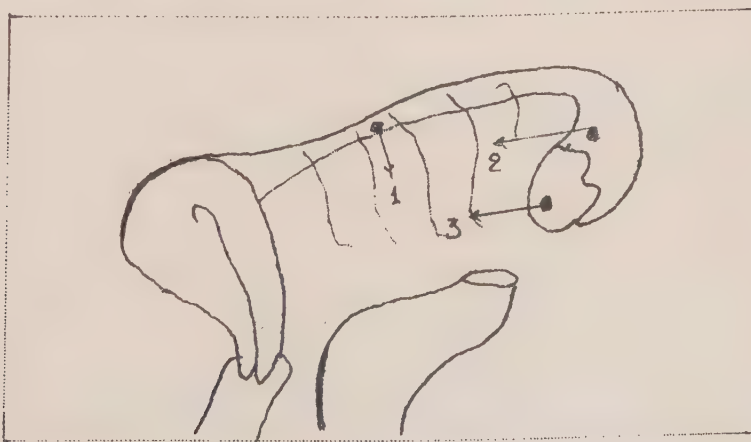
Issue d'un œuf qui s'implante et se développe entièrement en  
dehors des voies génitales (JACQUIN) :

- . . qui sont histologiquement intactes,
- . . parfois, même, embryologiquement anormales (persistance d'un canal  
de MULLER, par exemple).

#### LA G. E. U. péritonéale dite SECONDAIRE

Parce que l'évolution dans la cavité péritonéale de l'œuf succède  
ici à une nidation ovarienne, ampullaire ou tubaire primitive.

Pour HUBINOT, ces formes secondaires arriveraient plus souvent à  
terme que les précédentes.



Deux facteurs essentiels interviennent dans la genèse de ces  
formes pour compenser l'absence des organes génitaux :

- un facteur PROTECTION
- un facteur NUTRITION.

CONFIDENTIAL

### Le facteur PROTECTION

Le plus souvent, qu'il soit libre ou partiellement fixé aux organes génitaux, l'oeuf expulsé dans la cavité péritonéale va, s'il doit survivre :

- rechercher une zone de protection naturelle en "tombant", par exemple, dans le péritoine pelvien : Douglas, paroi antérieure du rectum ou postérieure du corps utérin, mésosigmoïde ;
- développer sa propre protection, pour suppléer à l'absence d'utérus et éviter ainsi les traumatismes externes (que la paroi abdominale maternelle amortit insuffisamment) ou internes (choes sur la colonne vertébrale de la mère, compression par organes de voisinage) en constituant, dans la plupart des cas, un sac amniotique, comme au cours d'une gestation normale,

Mais il est des variantes :

Parfois : l'oeuf s'implante dans la cavité abdominale proprement dite :

- . soit sur le péritoine lui-même,
- . soit sur un organe noble : utérus, recto-sigmoïde, colon, grêle, foie, rate, etc...
- . soit encore sur la gaine des gros troncs pelviens ou même dans l'épiploon.

Parfois : il s'entoure uniquement de membranes artificielles, formées par l'accrolement séreux des organes en contact avec lui (1 fois sur 2). Souvent, alors un exsudat séreux se forme à son contact aux dépens de ces accrolements du péritoine et joue le rôle protecteur du liquide amniotique.

Parfois, enfin : il n'existe ni membranes, ni exsudat protecteur, ce qui, d'après certains auteurs (CHAILLOT) n'empêche d'ailleurs nullement ces variétés d'atteindre le terme.

### Le facteur NUTRITION

On s'accorde à admettre aujourd'hui qu'il n'est pas nécessaire que l'oeuf s'implante dans une muqueuse préparée pour pouvoir survivre.

Seules, les conditions circulatoires sanguines favorables lui sont indispensables s'il est sain.



Or, ces conditions se trouvent réalisées :

- Spontanément : au niveau des gros vaisseaux du petit bassin, dans lequel l'oeuf tombe habituellement ;
- Artificiellement pour la circonstance, au niveau de toute autre zone de nidation (péritoine +, épiploon, organes nobles) par hypervascularisation réflexe qui, bien que souvent considérable, est toujours bien supportée par la mère.

Le péritoine, pour sa part, et bien qu'il puisse ne pas réagir, va, le plus souvent, s'hypervasculariser et s'épaissir dans la zone de nidation et jouer un rôle important dans la régulation du cycle du liquide amniotique.

Quant au placenta, s'il peut classiquement déployer sa "raquette" discoïde et épaissie, il s'adapte bien plus souvent aux conditions locales ; c'est dire qu'il peut être mince et étalé, intimement uni aux organes limitrophes au sein desquels il puisera la vie, ce qui laisse déjà présager des risques courus lors de son décollement.

Si telles sont les variétés topographiques les plus habituelles des G.E.U., il est d'autres formes qui, bien que rarissimes, autant que curieuses, ont pu parfois aboutir à des enfants vivants.

On a rapporté ainsi :

- des G.E.U. associées à une grossesse utérine normale (REED, NASH) ;
- des G.E.U. tubaires et abdominales coexistantes (REINDTH) ;
- des G.E.U. bilatérales (LENORMAND) ;
- des G.E.U. à des stades évolutifs différents (dont une à terme) (PLAKHOTRINKOYA) ;
- des gémellaires extra-utérines à terme (KUVASCHENKO) ;
- des G.E.U. à répétition ;
- des G.E.U. sur utérus malformé ou anormal ;
- des G.E.U. après interventions chirurgicales : myomectomie (HUBINOT, MUSSET), césarienne (ADAMS), hystérectomie même (SCHREIER).

# THE HISTORY OF THE UNITED STATES

OF THE UNITED STATES OF AMERICA

FROM THE FIRST SETTLEMENTS TO THE PRESENT TIME

BY JAMES M. SMITH

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT & CO., 15 N. 2ND ST.

1854

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

OF THE UNITED STATES OF AMERICA

FROM THE FIRST SETTLEMENTS TO THE PRESENT TIME

BY JAMES M. SMITH

NEW YORK: PUBLISHED BY J. B. LIPPINCOTT & CO., 15 N. 2ND ST.

1854

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

OF THE UNITED STATES OF AMERICA

FROM THE FIRST SETTLEMENTS TO THE PRESENT TIME

BY JAMES M. SMITH

## ETIO-PATHOGENIE

Si la genèse des G.E.U. reste encore discutée sur bien des points, certains facteurs étiologiques sont aujourd'hui reconnus ; il nous a semblé utile de les rappeler ici.

Un fait capital les domine : "toute grossesse normale est, primitivement, extra-utérine de par le fait même de la fécondation."

Si donc, à l'état normal, l'oeuf va gagner la muqueuse endo-utérine, préparée à sa nidation, dans un délai de quelques jours après sa fécondation, sous peine de dégénérescence, et cela :

- grâce aux mouvements des cils vibratiles des cellules épithéliales de la lumière salpingienne ;
- grâce aux sécrétions de ces cellules ;
- grâce, enfin, au péristaltisme tubaire, qui lui permet de franchir le "sphincter" de l'ostium uterinum et qui a pu être mis en évidence radioscopiquement (COTTE),

tout en augmentant de volume au cours de sa progression,

Divers facteurs sont susceptibles de modifier cette évolution physiologique. Ce sont principalement :

### CHEZ LA MERE :

#### Au niveau de l'UTERUS et de la TROMPE

##### - Des modifications :

- Infectieuses : endosalpingite plus ou moins desquamante, pouvant aboutir à la destruction complète des cellules ciliées tubaires, et oeuvre pour la plupart du gonocoque (LAWSON-TAIT, DUHRSEN).
- Mécaniques : soit internes, à type de polypes tubaires (LAHM), soit externes, à type de brides, coudures, torsions, à la suite de pelvi-péritonites annexielles ou appendiculaires et qui inhibent le péristaltisme de la trompe (HECKER, FRITSCH).



- Traumatiques : d'ordre chirurgical, telles les interventions sur le petit bassin et plus particulièrement sur les organes génitaux ; c'est ainsi que des salpingectomies, ovariectomies, myomectomies, interventions plastiques, ovariennes ou même hystérectomies ont pu constituer des points d'appel, par leur cicatrice, de greffes extra-utérines (COTTE, HARTMANN, MUSSET).

d'ordre médical aussi : manœuvres abortives, voire traumatismes répétés au cours d'examen médicaux trop fréquents chez des parturientes fragiles.

- Tumorales : existence de fibromes, kystes ovariens,
- L'hyperhémie physiologique, par ovulatoire enfin, peut, elle aussi, entraîner sur une trompe fragile (multipare), surinfectée ou anormale (plastie) une oblitération de la lumière par hypertrophie oedémateuse des cellules ciliées, qui peut, à son tour, entraîner secondairement une altération profonde de l'épithélium endo-tubaire (endométriase) (NIORT).

- Des malformations congénitales, telles que :

- Présence de diverticules dans la lumière tubaire (2 cas sur 10, grossesses tubaires pour Mac NELLY),
- Atrésie ou hypoplasie tubaire,
- Conformation tubaire embryonnaire, en spirale (FREUD),
- Pavillon accessoire (RICHARD),
- Trompe bifide (BAUDELOQUE),
- Persistance d'un canal de Muller,
- Utérus didelphe,
- Atevisme peut-être : présence de caduque au niveau des trompes chez certaines femmes (WEBSTER), ce qui expliquerait la possibilité de G.E.U. à répétition.

Au niveau de l'OVAIRE

- Des modifications ou malformations de taille, de forme, de volume qui, en constituant des obstacles à son cheminement, déterminent sa greffe précoce (STRASSMAN).
- Des troubles biologiques : Pour POORSEN, une lésion ovarienne provoque souvent des modifications "en puissance" des ovules, qui aboutissent à une vitalité affaiblie ou à des perturbations de la sécrétion cytolytique ovulaire susceptibles de déterminer des troubles de nidation.

• 1997年10月1日 实施《中华人民共和国收养法》。

[illegible]

## QUANT AUX PROCREATEURS

On s'accorde à admettre, chez certains, une véritable "prédisposition" dont usent ils ont pu gratifier de G.E.U. plusieurs fois la même femme, voire même successivement plusieurs femmes différentes.

Le spermatozoïde, pour sa part, peut, s'il est d'une vitalité particulière, progresser jusque dans la cavité abdominale où il a, d'ailleurs, pu être retrouvé fortuitement au décours d'interventions chirurgicales (prélèvements). Ce fait contribue à expliquer la fécondation dans les formes abdominales ou ovariennes.

Le rôle multi-traumatisant de certains coïts (CHAILLOT) reste bien plus discutable.

Ainsi donc, une fécondation normale pourra se produire dans des conditions anormales et le cheminement de l'oeuf être influencé directement ou non.

La nidation ectopique ne constituera qu'une tentative de survie à distance, dans les conditions les plus favorables possibles, lorsque "de nature", il y aura impossibilité d'évolution physiologique in utero.

Cet instinct de conservation peut expliquer la migration d'ovules issus de l'une des trompes (qui peut être malade) et leur cheminement par voie péritonéale vers celle du côté opposé (saine) et partant, la genèse des formes abdominales primitives.

Il apparaît donc, bien que certains auteurs n'admettent aucune prédisposition ovulaire à une survie en dehors des voies génitales, ni prédisposition tubaire à une nidation ectopique, que lorsqu'une étiologie peut être précisée, elle puisse expliquer une telle nidation.

1. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

2. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

3. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

4. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

5. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

6. The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations. The second part of the paper discusses the methodology used in the study and the data collection process. The third part of the paper discusses the results of the study and the conclusions drawn from the study.

## SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

Un tableau clinique un peu particulier s'ébauche à la lumière de ces données anatomiques et étiologiques, avec ses caractères propres à chacun des différents stades évolutifs.

- Avant le 5ème mois, ce sera :

- . soit celui d'une grossesse dans la symptomatologie de laquelle se révéleront des signes d'ectopie ;
- . soit celui d'une tumeur pelvienne, dans la symptomatologie de laquelle se dessineront des phénomènes de gestation. C'est la période de "relais placentaire".

- Après le 5ème mois : lorsque les signes de la vie fœtale seront devenus évidents, la simulation d'une gestation endo-utérine sera si fréquente jusqu'au terme que la possibilité d'une G.E.U. n'est souvent même pas évoquée.

Malheureusement alors, la mort fœtale deviendra, le plus souvent, la rançon d'un diagnostic trop tardif.

### I.- DURANT LES PREMIERS MOIS

Dans les premiers mois, en effet, derrière le masque d'une symptomatologie de grossesse apparemment eutocique, certaines modifications deviendront évocatrices de gestation ectopique. Nous les évoquerons succinctement.

Au premier plan : l'INTERROGATOIRE, patient, parfois très délicat, mais toujours minutieusement conduit, aura obtenu l'existence d'une triade symptomatique fonctionnelle dont la valeur est capitale :

- Un retard de règles, ou une simple anomalie des cycles dans leur périodicité ou leur abondance ;
- Des algies pelviennes qui, dès les premières semaines, sont remarquables par leur seule présence, leur unilatéralité, leur fixité (SIREDEY) : la femme souffre dès le début, en un même point bien précis, leur permanence,



leur type, enfin :

- soit coliques paroxystiques,
- soit algies de type péritonéal, par irritation locale avec fièvre et vomissements,
- soit douleur de contiguité rectale ou vésicale lors des mictions ou défécations.

Ces algies sont d'autant plus notables que la G.E.U. évoluera plus près de l'utérus.

- Des métrorragies enfin, survenant après ce retard de règles, anormales, elles, par leur aspect dépie, ou mare de café, par leur abondance relativement minime, par leur écoulement "distillant" (POZZI), sans périodicité, tantôt permanent, tantôt intermittent (efforts, fatigue) et de grande valeur (REEB) si elles persistent après un curetage.

L'expulsion de débris de coque au cours de ces métrorragies, si elle signe la G.E.U., constituerait une menace de complication, voire d'interruption de la grossesse.

L'interrogatoire aura retenu aussi l'éventualité, dans le passé génital :

- de gestations antérieures, normales, abortives, ou même extra-utérines,
- d'infections gynécologiques,
- d'interventions chirurgicales ou obstétricales,
- voire même d'une période de stérilité, souvent longue et ayant précédé la grossesse actuelle.

Il aura révélé, par ailleurs, derrière les classiques signes sympathiques entraînés par l'inhibition gravidique :

- l'existence d'une sensation particulière de malaise général, permanent (décrit par NASON sous le nom d'Inability) non justifié par ces seuls phénomènes, différent des classiques sensations lipothymiques et auquel on tend à accorder une certaine valeur.

L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE, quant à lui, aura apprécié la consistance ramollie du col, l'augmentation classique du volume utérin qu'une main experte montrera pourtant inférieur à celui d'une gestation utérine d même date. L'exploration des culs-de-sec aura pu déceler l'existence d'une masse, juxta-utérine, parfois séparée par un sillon, unilatérale, douloureuse ou tout au moins "gênante".



La bonne pratique, exigeant alors une mise en observation et des examens répétés, l'aura montrée évolutive ; elle va, en effet, s'accroître et, tout en restant unilatérale et latéro-utérine, devenir de plus en plus douloureuse, entraînant un cortège de signes fonctionnels locaux (métrorragies) et généraux (imbibition gravidique) de plus en plus évocateurs,

"Un léger retard de règles, des métrorragies qui apparaissent et persistent, la petite chose juxta-utérine qui grossit malgré la glace, "en l'absence d'une hyperleucocytose notable, signent la G.E.U. " (MONDOR).

On aura, toutefois, discuté et éliminé, si possible, une rétroversion ou une anté- ou latéro-version utérine, une menace d'avortement, un kyste ovarien lutéal, une infection ovarienne, salpingienne, utérine, une appendicite, une affection vésicale.

Des EXAMENS COMPLEMENTAIRES auront, de plus, pu affirmer, en cas de doute, l'origine de ces divers symptômes :

- réactions biologiques surtout, qui montreront l'augmentation quantitative, entre autres, des Unités Lapines (1.000 à 4.500 UL) ;
- hystérométrie prudente aussi, qui révélera une cavité vide et permettra un radio-diagnostic lipiodolé éventuel (SCHNEIDER, EISLER) qui, en montrant une atonie utérine sans rétention ovulaire et parfois un remplissage "en trompette" d'une des trompes, permettra un diagnostic de localisation,
- porphyrinurie abondante qui, pour certains (NEUVEILLER) est un signe de valeur car il affirme une destruction sanguine dans un hématome extracavé,
- ponction de Douglas, en salle d'opération, qui peut retirer du sang (hématocèle rétro-utérine) ou du liquide amniotique,
- sialographie enfin, qui, en opacifiant les vaisseaux du petit bassin, peut mettre en évidence, d'une façon spectaculaire, une nidation ectopique mais dont la pratique est encore du domaine de la grande spécialité.

La décision opératoire se sera alors imposée, dans les cas où une rupture intempestive et bruyante ne sera pas venue, révélatrice, elle, forcer la main au chirurgien.

Si le diagnostic est le plus souvent posé, et même en cas de suspicion, l'intervention justifiée, il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre de gestations ectopiques auront pu passer inaperçues et poursuivre leur évolution.

## II.- VUE AU DINQUIEME MOIS

Lorsqu'elle a réussi à franchir, sans incidents notables, le stade clinique le plus évocateur, la gestation ectopique va revêtir progressivement, jusqu'au voisinage du terme, l'apparence d'une grossesse normale.

L'oeuf peut, en effet, se rompre à bas bruit et le fœtus pénétrer totalement ou en partie dans la cavité abdominale. Il peut aussi, à travers une trompe fissurée, ou primitivement, poursuivre une évolution jusque-là discrète dans cette même cavité péritonéale.

"Cette période de calme relatif, succédant à la précédente, aux redoutables manifestations et qui va se poursuivre jusqu'au voisinage du terme, est pourtant une éventualité si rare que même devant certains signes suspects on oublie d'y songer." (HURTER, JAYLE).

Le praticien ou la sage-femme, se contentent généralement de suivre la parturiente au point de vue général (T.A., reins, poids) et d'entendre les bruits du cœur fœtal, nouvellement apparus.

La parturiente, elle, toute à la joie de percevoir en son sein les premiers mouvements de ce petit être, omet parfois de rapporter des signes auxquels elle n'attache pas une grande importance.

La gestation, enfin, évolue sans autres incidents, le diagnostic d'ectopie n'est donc généralement pas fait.

Et pourtant, là encore, un certain nombre de signes vont se préciser et acquérir une valeur capitale pour le diagnostic et la conduite thérapeutique. On les retrouvera avec le maximum de netteté au moment du terme.

## III.- L'EXAMEN de la PARTURIENTE au VOISINAGE du TERME

Il va révéler, en effet :

### A l'INTERROGATOIRE :

- l'existence de crises douloureuses, paroxystiques, coïncidant avec les mouvements fœtaux, vivement ressentis, sur un fond algique permanent, persistant depuis le début de la gestation et prises parfois pour des phénomènes d'ordre digestif (syndrome pseudo-occlusif, entérique, appendiculaire) ou rénal, d'autant plus que ceux-ci peuvent évidemment coexister.



- A l'occasion de ces paroxysmes, les pertes sanglantes, peu abondantes, irrégulières, associées quelquefois à de petits débris de caduque, soulèveront le problème d'un placenta praevia, mais restent de grande valeur diagnostique.

L'EXAMEN PHYSIQUE montrera, quant à lui :

- A l'inspection : une tuméfaction ayant, en apparence, tous les caractères d'un utérus gravide, à terme, différente pourtant, par sa forme, mal limitée, à grand axe variable, tantôt vertical, tantôt oblique, tantôt transverse.
- La palpation la révélera irrégulière, rénitente, difficile à limiter et à mobiliser, ne se contractant pas à l'examen comme le ferait un utérus, laissant parfois très nettement sentir "sous la peau" les parties fœtales. L'utérus refoulé en avant, en haut et latéralement :

est parfois perceptible, constituant une deuxième tumeur accolée à la première, dont il peut être séparé par un sillon :

"La palpation de la masse gravidique provoquait l'apparition momentanée, dans l'une des fosses iliaques, d'une masse petite, qu'il était possible de mettre en évidence à volonté. Le T.V. attentif montrait que cette tumeur faisait corps avec le col utérin qu'elle prolongeait. L'hystérométrie prouvait qu'il s'agissait bien de l'utérus, vide." (LAMBILLON).

exceptionnellement :

"L'examen surprendra au niveau de cette masse latéro-kystique, un durcissement signant une contraction utérine, et permettant un diagnostic formel." (FLEURENT).

le plus souvent l'utérus reste cependant impossible à sentir, ou est confondu avec un kyste ou un fibrome :

PALLIEZ sent une masse centrale contenant le fœtus et, sur son côté gauche, une tumeur du volume d'un poing, douloureuse, prise pour un fibrome en voie de nécrobiose. Intervention : il s'agissait de l'utérus.

L'examen au Speculum révèle l'absence de BOUCHON MUQUEUX du COL.

Le Douglas est comblé quand le kyste fœtal plonge dans l'excavation. Le T.V. et le T.R. combinés permettent alors de préciser, à travers la mince paroi, l'existence d'un pôle céphalique ou de toute autre partie fœtale, perception particulièrement nette en cas de gestation ampullaire, ovariennne ou abdominale (HURTER)

The first part of the paper discusses the importance of the study and the objectives of the research. It also mentions the scope of the study and the limitations of the study.

### 2. Literature Review

The literature review section provides a comprehensive overview of the existing research on the topic. It starts with a general overview of the field and then moves on to a more detailed discussion of the specific issues. The review covers a wide range of studies, including both theoretical and empirical work. It also identifies the gaps in the literature and suggests areas for further research.

### 3. Methodology

The methodology section describes the research design and the methods used to collect and analyze the data. It includes a detailed description of the sample, the data collection procedures, and the statistical methods used for data analysis. The section also discusses the validity and reliability of the data and the methods.

### 4. Results and Discussion

The results and discussion section presents the findings of the study and discusses their implications. It starts with a summary of the results and then provides a detailed discussion of the findings. The discussion includes a comparison of the results with the existing literature and a discussion of the limitations of the study.

- L'auscultation, outre le souffle maternel, permet d'entendre un rythme embryocardique d'une particulière netteté, maximum au niveau de la tuméfaction abdominale,

#### MAIS IL FAUT SAVOIR AUSSI :

que certains parmi ces signes (auscultation, palpation) peuvent être masqués par un hydramnios ou par un épaississement des parois kystiques (JEANNEMEY) (VILLARS). Le fœtus peut n'être pas perçu dans le Douglas. Un utérus distendu à parois flasques de multipare ressemble parfois à une paroi kystique épaissie.

Des "fausses contractions" existent parfois au niveau de la tumeur. Les portes sont très variables. Un fibrome ou un kyste ovarien, ou même une deuxième grossesse, peuvent réellement coexister.

C'est dire l'intérêt fondamental des examens complémentaires :

#### L' EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

Tout d'abord, renseignera sur la constitution de la masse abdominale en montrant, sur le cliché simple, debout ou mieux en Trendelenbourg :

- Un fœtus chez lequel existent, en position "dépliée", "à l'aise", des déformations (colonne vertébrale, extrémité céphalique aplatie ou de forme irrégulière ...) ou des malformations osseuses (hydrocéphalie, macro- ou microcéphalie, raccourcissement d'un ou plusieurs membres, voire absence de membre ou même monstruosité).
- Un bassin dont le détroit supérieur anormal parfois peut expliquer un défaut d'engagement et une présentation transverse haute.
- L'utérus est exceptionnellement visible spontanément, à côté de la masse fœtale.

L'hystérographie prudente, après hystérométrie, peut être pratiquée et confirme, en cas de doute, l'intégrité de la cavité utérine.

#### Des EXAMENS BIOLOGIQUES

Confirmeront la viabilité fœtale par les tests de grossesse (ASHEIM, ZONDEK, BROUHA, HINGLAIS, SIMONNET, VARANGOT, FRIEDMANN ...) en appréciant le taux des U.L.

1. The first part of the paper is devoted to a general discussion of the problem of the existence of solutions of the system of equations

$$\frac{dx}{dt} = f(x, y, z), \quad \frac{dy}{dt} = g(x, y, z), \quad \frac{dz}{dt} = h(x, y, z),$$

where  $f, g, h$  are continuous functions of  $x, y, z$  and satisfy certain conditions. The second part of the paper is devoted to the study of the stability of the solutions of the system of equations

with respect to the initial conditions. The third part of the paper is devoted to the study of the stability of the solutions of the system of equations

with respect to the parameters.

### 2. THE STABILITY OF THE SOLUTIONS

Let  $x(t, x_0, y_0, z_0)$  be the solution of the system of equations (1) with the initial conditions  $x(0) = x_0, y(0) = y_0, z(0) = z_0$ . Let  $\delta x, \delta y, \delta z$  be the variations of the initial conditions.

Let  $\delta x(t), \delta y(t), \delta z(t)$  be the variations of the solutions of the system of equations (1) with the initial conditions  $\delta x(0) = \delta x_0, \delta y(0) = \delta y_0, \delta z(0) = \delta z_0$ . Let  $\delta x(t), \delta y(t), \delta z(t)$  be the variations of the solutions of the system of equations (1) with the initial conditions  $\delta x(0) = \delta x_0, \delta y(0) = \delta y_0, \delta z(0) = \delta z_0$ .

Let  $\delta x(t), \delta y(t), \delta z(t)$  be the variations of the solutions of the system of equations (1) with the initial conditions  $\delta x(0) = \delta x_0, \delta y(0) = \delta y_0, \delta z(0) = \delta z_0$ .

Let  $\delta x(t), \delta y(t), \delta z(t)$  be the variations of the solutions of the system of equations (1) with the initial conditions  $\delta x(0) = \delta x_0, \delta y(0) = \delta y_0, \delta z(0) = \delta z_0$ .

Let  $\delta x(t), \delta y(t), \delta z(t)$  be the variations of the solutions of the system of equations (1) with the initial conditions  $\delta x(0) = \delta x_0, \delta y(0) = \delta y_0, \delta z(0) = \delta z_0$ .

### 3. THE STABILITY OF THE SOLUTIONS

Let  $x(t, x_0, y_0, z_0)$  be the solution of the system of equations (1) with the initial conditions  $x(0) = x_0, y(0) = y_0, z(0) = z_0$ . Let  $\delta x, \delta y, \delta z$  be the variations of the initial conditions.

Ils noteront l'importance de l'anémie physiologique, les chiffres de la formule blanche (ici légère hyperleucocytose avec hyper polynucléose), une V.S. à 10, 20.

Quant aux ponctions exploratrices du Douglas ou du kyste (par voie abdominale), à la coelioscopie, elles restent de pratique de spécialiste et ne peuvent se faire sans risques, qu'en milieu chirurgical.

L'EVOLUTION reste le plus souvent d'un calme trompeur jusqu'au moment du terme. Elle n'exclut pourtant pas la possibilité de complications :

- D'ordre GENITAL :

- Principalement : troubles de compression des organes du voisinage, infection locale limitée ou fistulisée, salpingite (bilatérale, avec son hyperleucocytose nette, température oscillante, V.S. accéléré) car les phénomènes hémorragiques, qui vont de la banale hématoécèle circonscrites aux inondations péritonéales cataclysmiques par avortements tubaires ou ruptures kystiques, sont absolument exceptionnels après le 7ème mois (PALLIEZ, TUGARD et KARSCH).

- D'ordre EXTRA-GENITAL :

- soit digestives : principalement phénomènes subocclusifs, banaux, ou un peu particuliers : "La présence de brides adhérentes au colon "découvertes en ouvrant la cavité péritonéale, explique, en effet, "certains états d'obstruction : dès que le fœtus, par son poids, exerce "une traction sur l'une des brides, il provoque une coupure de lance "intestinale, entraînant ainsi une subocclusion qui cesse brusquement "lorsqu'il change de position." (FLEURENT).
- soit d'ordres les plus divers : syndrômes infectieux, appendiculaires (avec sa température à 39°, son état de choc, sa douleur maxima dans la fosse iliaque droite (AUGINET), ovarien, salpingien, pseudo-péritonéal même : perforation du kyste ovarien dans la cavité abdominale ou rupture dans les organes du voisinage (SCHWARTZ), soit encore affection médicale aiguë : pancréatite aiguë, hémorragique, infarctus mésentérique colique, hépatique, néphritique.
- soit, enfin, grossesse vue pour défaut d'engagement, présentation transverse irréductible, fibrome ou kyste praevia .



- Dérègle FOETAL, enfin : particulièrement redoutable,

- déformations : à partir du 8ème mois surtout, en grande partie liées à une protection insuffisante et aux traumatismes multiples et répétés tant externes qu'internes (choqs du fœtus sur la colonne vertébrale maternelle, compressions).
- débilité due, elle, aux mauvaises conditions circulatoires sanguines extra-utérines, entraînant des périodes d'anoxie cérébrale fœtale, voire des malformations qui, pour BRINDEAU, sont la conséquence d'anomalies de développement et de constitution des annexes fœtales.

Ces modifications sont d'une importance telle qu'elles peuvent, à elles seules, entraîner la mort fœtale avant terme.

Pour ces diverses raisons, il est admis actuellement que la gestation, lorsque la parturiente est vue à temps, ne doit pas se prolonger au-delà de huit mois. On peut éviter ainsi une souffrance fœtale inutile ; on peut opérer dans des conditions aussi favorables que possible pour la mère. Toutefois ...

#### IV.- LA FEMME PEUT N' ETRE VUE QU'AU MOMENT DU TERME

- Soit avec tous les signes d'un travail apparemment autoclique :

- contractions utérines, régulières, répétées,
- engagement, émission d'un pseudo-bouchon muqueux du col, constitué en fait d'une leucorrhée glaireuse, voire pertes sanguinolentes qui feront penser à un placenta praevia.

- Soit pour dystonie :

- défaut d'engagement (LAFONT), longueur du travail, impossibilité de sentir le col au toucher, de limiter ou mobiliser la masse fœtale, absence de déclenchement du travail malgré le terme présumé.

- Soit même en urgence :

- pour un syndrome obstétrical aigu : apoplexie utéro-placentaire, rupture utérine (HERBERT) ;
- ou médico-chirurgical.

Or : l'accouchement par les voies naturelles est logiquement impossible.



Le déclenchement de phénomènes de "faux travail" constituera, pour un foetus déjà fragile, une souffrance supplémentaire qui sera un arrêt de mort immédiat ou "en puissance".

L'intervention, après radiographie simple, s'impose ici d'extrême urgence, si l'enfant est encore vivant.

-----  
"L'UNION DES SAUVAGES" 1971-1972  
"L'UNION DES SAUVAGES" 1971-1972

... ..  
... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..  
... ..

... ..

## LE FOETUS

Lorsqu'il est mis au monde vivant, tous les degrés peuvent se voir : depuis l'enfant normal jusqu'au foetus le plus dystocique,

Il sera généralement petit, pesant de 1.500 à 1.700 g. et de constitution fragile.

Malheureusement, la mort foetale au cours de ces grossesses est fréquente :

### AVANT TERME.

- Elle peut survenir à l'occasion d'une infection intercurrente, par exemple, généralement à bas bruit. La disparition progressive des signes sympathiques, des mouvements du foetus, des bruits du coeur, affirmeront alors cet arrêt d'évolution, confirmé par radiographie (PALMER, STERLING).

### AU MOMENT DU TERME.

- Elle peut être provoquée par le déclenchement des phénomènes du travail, les contractions musculaires malmenant un foetus souvent mal protégé.
- Elle peut aussi survenir spontanément après le terme. Dans ces différents cas, il y aura rétention foetale. Celle-ci est, en effet, à la fois une complication et un mode d'évolution :

- o soit que l'oeuf soit mort avant terme,
- o soit qu'il n'ait pas été extrait à temps,

le foetus sera trop volumineux pour être résorbé. Il devient alors un corps étranger dans l'organisme maternel, et la rétention succèdera à la gestation.

Retenu, ce foetus va s'altérer progressivement, quoique gardant assez longtemps une coloration et un aspect normaux.

S'il existe suffisamment de liquide amniotique, il macère, sinon il se momifie et finit par se désagréger ou s'infiltrer de sels calcaires (LITHOTECNON).



Trois variétés d'infiltration sont possibles :

- Lithopédion = calcification du fœtus
- Lithokalyphon = calcification du sac
- Lithokélyphopédion = calcification du sac et du fœtus.

Le kyste fœtal peut ainsi être retenu durant des années sans aucun trouble, comme en témoignent les observations devenues classiques de SHAPPEY (56 ans), LACOSTE (33 ans)...

C'est "l'enfant endormi" ("ragued") de la croyance musulmane (LATAILLADE).

Il peut toutefois s'infecter et même se fistuliser :

- soit à la peau,
- soit dans un viscère creux.

-----

1. The first of these is the

- the fact that the
- the fact that the
- the fact that the

2. The second of these is the

3. The third of these is the

4. The fourth of these is the

- the fact that the
- the fact that the

## PRONOSTIC

### FOETAL

Pour les classiques, les enfants issus de grossesses ectopiques naissent débiles et malformés.

On sait aujourd'hui que ces déformations et malformations sont liées aux mauvaises conditions de développement dont nous avons parlé, rasons d'une protection et d'une nutrition le plus souvent déficientes. C'est dire l'importance d'un liquide amniotique ou simplement d'un épanchement séreux protecteur en quantité suffisante.

Ces malformations sont de tous types :

- . atrophies,
- . ankyloses,
- . membres bts,
- . malformations internes,
- . monstruosités.

Elles coexistent avec des déformations possibles :

- . de la colonne vertébrale,
- . de la tête (face, crâne),
- . du thorax ...

### LA SURVIE FOETALE

La survie foetale est faible (30 %). BARONNET cite lecas de 303 enfants retirés vivants, dont 132 survécurent et parmi eux 30 % étaient atteints de malformations.

HILLMAN et SIMON, sur 321 cas, ne trouvent que 80 survivants.

Elle est variable dans le temps : 60 % de décès dans les premières heures. Parmi les 40 % restants, le poitié meurt dans la première année , d'autres encore entre 2 et 5 ans. 15 % seulement survivent au-delà de 5 ans, et 1/3 est malformé (BARONNET).



Quoiqu'à terme et paraissant normaux, ces enfants s'élèvent difficilement, mais lorsqu'ils sont bien développés, ils n'ont aucune raison de ne pas vivre par la suite comme des enfants normaux (ARRIS).

## EN CE QUI CONCERNE LA MERE

La mortalité de la mère reste exceptionnelle (1 à 3 %). (FORGE, OETTINGER)

- soit par choc anesthésique, tétanos, tare,
- exceptionnellement : hémorragies de décollement placentaire.

Son avenir est pourtant assombri par la possibilité de récurrences (WARNIER, SENS, LEJARS) d'avortements, de stérilité, sans compter l'effet moral produit par cette gestation ectopique.

Il n'en reste pas moins vrai qu'une telle gestation constitue un accident passager auquel peuvent succéder des grossesses ectopiques endométriales (VOEGTLIN).

Des études récentes ont attiré l'attention sur une fréquence particulière de G.E.U. dans les pays neufs, comme le Congo Belge, l'Afrique du Sud, les Indes Néerlandaises, les U.S.A., Madagascar, l'Afrique du Nord, en soulignant leur fréquente évolution jusqu'à proximité du terme (DITNER, WARE, LAMBILLON, VOEGTLIN).

... ..  
... ..  
... ..

... ..

... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..

... ..  
... ..  
... ..  
... ..

## CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Si "avant le cinquième mois toute gestation extra-utérine diagnostiquée doit être considérée comme une tumeur maligne et traitée comme telle" (WEINER), les indications thérapeutiques au-delà de ce stade sont variables selon les auteurs :

- Pour les uns : (DAMELIN, DEVRAIGNE, FORGUE) l'intervention chirurgicale est de règle quel que soit l'âge du fœtus, la rupture du kyste étant considérée par eux comme menaçante à tout instant ; ils insistent également sur le fait que les difficultés opératoires ne feront que s'accroître jusqu'au terme par suite du développement du phœnta et des adhérences.

Attendre ce sera courir de gros risques pour conserver un enfant fragile qui mourra avant le 7ème mois et qui, s'il survit, peut être atteint de malformations et sera, le plus souvent, débile.

- Pour d'autres (FAURE) les accidents à type de ruptures kystiques deviennent très rares après le 5ème mois et l'on estime classiquement que tant que le fœtus est vivant et si la mère peut être surveillée de près, l'un gagne de nombreuses chances de survie et de santé, l'autre ne court pas, en attendant le terme, de dangers sérieux,

Tout dépend, en fait, de la période à laquelle la parturiente est vue ;

Avant terme, le pronostic est bon, l'intervention facile.

L'idéal serait l'intervention au 8ème mois, lorsque le diagnostic a pu être porté, car on évitera ainsi la possibilité de malformations et déformations (surtout au cours du dernier mois). On pourra préparer la femme à une intervention rationnelle avec le maximum de chances pour elle et son enfant,

Comme l'écrit Mac GREGOR : "On attendra le 8ème mois, en tâchant d'éviter, par une surveillance correcte, le double écueil d'une intervention trop précoce qui mettrait au monde un enfant débile, ou trop tardive car l'on serait alors gagné de vitesse par la mort fœtale."

Malheureusement, la femme est vue trop souvent en urgence.



## AVANT TERME

Il y a donc deux possibilités :

### SI L'ENFANT EST VIVANT

L'intervention se discute. Rappelons, pour mémoire, la classique intoxication arsenicale soigneusement dosée des anciens auteurs, rapportée par COTTE, et visant à tuer l'enfant sans arriver à une posologie nocive à la mère, qui fait aujourd'hui sourire.

En effet, le risque opératoire est limité, à ce stade, par la taille du kyste, facilement extirpable en un seul temps. Une éventuelle tare maternelle ou son désir de ne pas courir de risques inutiles si elle a déjà d'autres enfants pencheront, ici, en faveur de la chirurgie.

Toutefois, une primipare, en bonne santé, désirant cet enfant qui se développe maintenant sans complications par surcroît, font réviser cette conception.

### EN CAS DE MORT FOETALE

(Disparition des bruits du coeur, des mouvements, signe de STERLING), le kyste l'est, le plus souvent, bien toléré. On conseille, dans ce cas, son ablation dans la 6ème semaine suivant le décès, ce qui correspond au retour de couches. Durant cette période, l'involution endocrine placentaire et la vascularisation ovulaire se seront produites, diminuant notablement les risques opératoires.

Si, toutefois, le kyste se déchire, s'infecte ou se fistulise, on pourra intervenir assez rapidement :

- soit par voie abdominale,
- soit par voie vaginale

suivant le siège de la collection liquide (PALMER).



## AU MOMENT DU TERME

Citons pour mémoire, là aussi, les techniques opératoires des anciens : incision suivant le grand axe du kyste foetal, colpotomies, et qui, quelquefois, ont permis la venue au monde d'enfants vivants (KING, DELISLE, MATHISSON, LEPAGE, LAMBEILLON).

On n'admet aujourd'hui que le seul traitement chirurgical par laparotomie. L'intervention, si possible après le traitement préventif anti-choec et précautions anesthésiques, comportera plusieurs phases successives :

- Incision médiane sus- et sous-ombilicale (PALMER),
- Perforation du kyste foetal, si possible dans une zone de libre insertion placentaire, aspiration ;
- Extraction foetale manuelle rapide ;
- Ligature du cordon le plus près possible de son insertion placentaire.

On explore alors "ventre ouvert" (BRINDEAU) les possibilités opératoires.

Deux éventualités :

- tantôt, il n'existe pas de membrane et l'intervention se limitera à l'extirpation placentaire ;
- tantôt, la présence de membranes coexistantes rendra celle-ci plus délicate.

Le placenta est, en effet, le plus souvent intimement uni à de nombreux organes du petit bassin, d'où la possibilité de redoutables hémorragies au moment de son décollement.

Trois techniques opératoires sont admises, ayant chacune leurs partisans :

- Extirpation en un seul temps : si possible, du placenta et des membranes dans le cas, par exemple, d'une insertion discoïde, bien limitée, dans une région résistante (Douglas) ;
- Fermeture sans drainage : en laissant tout en place et sous couvert d'antibiothérapie (VIGNARD, JEWETT, HUBINOT).



- Fermeture du kyste abdominal sur un drainage , par Marsupialisation, également sous couverture antibiotique et réintervention pour extirpation du placenta, des membranes (et, au besoin, résection de l'annexe où l'oeuf était inséré).

A titre tout à fait exceptionnel, l'hystérectomie hémostatique pourra prendre le chirurgien de court (G.E.U. interstitielle).

De toutes façons : être éclectique, tout en tendant à faire une intervention aussi complète que possible.



## OBSERVATION

Madame R....., 30 ans, parturiente à 15 jours du terme présumé, est hospitalisée à l'occasion d'une présentation transversale irréductible, pour examen radiologique et césarienne éventuelle.

### L'INTERROGATOIRE .

Retrouve une puberté tardive (16 ans) mais suivie de cycles menstruels réguliers, quoique brefs. Il précise l'absence d'antécédents médicaux ou chirurgicaux notables. Il révèle toutefois une primiparité et deux mariages successifs :

- au cours du premier, elle reste unie durant huit ans à un homme atteint d'orchite tuberculeuse et c'est pour elle une période de stérilité, mais sans troubles menstruels.
- remariée, à la mort de son premier époux, elle devient enceinte.

Jusqu'au troisième mois, sa grossesse évolue normalement et Madame R... est suivie à la fois par une sage-femme et par son médecin. Vers le troisième mois, cependant, à l'occasion d'un épisode douloureux pelvien, accompagné de sensation lipothymique, le médecin traitant consulté évoque la possibilité d'une ectopie et fait appel à un spécialiste.

La parturiente est mise en observation, mais les signes de suspicion disparaissent très rapidement et on s'accorde à conclure à un incident sans gravité.

La grossesse, en effet, évoluera normalement jusqu'au voisinage du terme, sans autres incidents et, en particulier, sans métrorragies. Elle est toutefois douloureuse et Madame R... ressent une intolérable et persistante impression de malaise général.

Elle est revue au huitième mois : présentation transverse, non réductible, voire impossible à mobiliser, mais bruits du cœur et mouvements fœtaux nettement perçus.

On lui conseille alors un examen radiologique pour orienter la conduite thérapeutique et c'est à cette occasion qu'elle est admise en milieu hospitalier.

## MOBILE 072 677

The following information was obtained from the records of the  
 Department of the Interior, Bureau of Land Management, at the  
 Washington, D. C. office, dated 10/10/68.

4. 7. 1944

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific information required.

A L'ENTREE .

Son état général est satisfaisant.

L'examen abdominal précise, dans la masse prise pour l'utérus et assez volumineuse : l'existence d'une présentation fixée en transverse et impossible à mobiliser, très haut située, on sent un pôle céphalique à gauche. Les bruits du coeur et les mouvements fœtaux sont aisément perçus, mais on ne ressent aucune contraction utérine à la palpation. L'ensemble de l'examen est douloureux.

Au toucher, le col est ramolli, mais non ouvert, non raccourci, pourtant difficilement accessible ; le doigt ne ramène pas de "bouchon muqueux". Il semble en continuité avec la masse abdominale sans le moindre sillon.

Les culs-de-sac sont libres,

- La radiographie (simple), confirmant le diagnostic de présentation transverse, montre :

- . un fœtus très haut situé, nettement au-dessus des deux ailes iliaques, macrocéphale, aux membres inférieurs "dépliés, à l'aise", à colonne vertébrale cyphoscoliotique, concave vers le bas, et à laquelle les dernières vertèbres, très nettement redressées, confèrent l'aspect d'un hameçon,
- . un bassin dont le détroit supérieur, oblique, ovalaire gauche explique peut-être cette présentation haute et transverse par défaut d'engagement possible de la tête.

La césarienne est envisagée :

- sur l'insistance de la famille qui désireait ce premier enfant, de sa mère surtout restée si longtemps stérile ;
- sur l'impossibilité de réduction de la présentation, dont la raison échappait pourtant (l'hypothèse d'un placenta praevia paraissent ici peu vraisemblable en raison de l'absence de toute hémorragie) ;
- sur la proximité du terme, enfin,



## L'INTERVENTION.

Elle a lieu le surlendemain de l'admission, le 9.6.1958.

- Incision médiane sous-ombilicale : on est d'emblée frappé par l'impossibilité d'ouvrir le péritoine qui présente d'importantes adhérences viscérales chez cette femme sans antécédents médicaux ni chirurgicaux connus.
- Un décollement doux permet, en refoulant l'épiploon vers le haut, de pénétrer dans la cavité abdominale.
- On a alors la surprise de tomber sur une formation d'aspect kystique, de volume considérable, cachant tous les organes sous-jacents, couverte d'un important lacis vasculaire, blanc nacré, de consistance liquidienne et dans laquelle on perçoit directement, à la palpation, des parties fœtales.
- C'est alors seulement que l'on pose avec certitude le diagnostic de grossesse extra-utérine à terme.
- Le kyste fœtal est incisé dans une zone où il paraît dépourvu d'insertions placentaires et l'aspiration permet de retirer près d'un litre de liquide amniotique méconial.
- L'extraction manuelle donne le jour à une enfant, sans circulaire du cordon, qui crie de suite.
- Après section du cordon et première hémostase, on explore la cavité abdominale :
  - les membranes du kyste fœtal adhèrent intimement à la fois à la paroi et aux viscères sous-jacents et, en particulier, à l'utérus et à ses annexes droites (dôme utérin, trompe, pavillon, ovaire) ainsi qu'au grand épiploon et, en partie, à la vessie.
  - l'utérus, légèrement ramolli et augmenté de volume, est coiffé par le placenta qui déborde sur ses annexes droites.
  - les annexes gauches paraissent normales.
- Il sera impossible, matériellement, d'effectuer, dans ce premier temps, un décollement placentaire et l'ablation des membranes, d'autant plus que la parturiente va présenter à ce moment un choc très notable, avec chute tensionnelle à 5. On va donc se résoudre à terminer au plus vite, laissant le placenta in situ, on referme la cavité ovulaire et la paroi sur drainage de MICKULICZ. (marsupialisation).

The first part of the report deals with the general situation of the country. It is a very interesting and informative study of the country's development. The second part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development.

The third part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development. The fourth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development.

The fifth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development. The sixth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development.

The seventh part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development. The eighth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development.

The ninth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development. The tenth part of the report deals with the specific details of the country's development. It is a very detailed and thorough study of the country's development.

- Dans la journée, le malade se remet petit à petit de son choc, mais présente dans les jours qui suivent un iléus paralytique du grêle, avec météorisme réactionnel qui nécessitera l'aspiration.
- Un traitement symptomatique est associé et l'amélioration survient en 48 heures. Par la suite, l'évolution sera favorable et ...

Le 17.6.58 on procède à l'ablation du Mickulicz, mais celle-ci est suivie d'un suintement hémorragique assez abondant et persistant, malgré les pansements fréquemment répétés. La température s'élève, l'état général décline, obligeant à avancer, pour hémostase, la réintervention que l'on aurait préférée dans de meilleures conditions.

Le 26.6.58, donc : réintervention :

- On réussit, en disséquant prudemment et en progressant très lentement, l'extraction du placenta et le décollement des membranes du kyste foetal, adhérent au grand épiploon en haut et obligeant, en bas, à enlever la totalité du ligament large droit (ovaire et trompe auxquels elles adhèrent), en clivant le plan cellulaire sous-péritonéal, au contact de l'uretère, des vaisseaux iliaques et de la paroi pelvienne. On laissera cependant quelques fragments de membranes, particulièrement adhérents, au niveau du sigmoïde et du Douglas. On refermera la paroi après mise en place d'un nouveau Mickulicz et d'une sonde vésicale.
- L'état général va maintenant s'améliorer notablement dans les jours suivants et permettre l'ablation du Mickulicz sous anesthésie et son remplacement par un petit drainage de paroi, le 5.7.58.

Le 12.7.58 : on est obligé de reprendre la paroi abdominale, les premiers fils de nylon ayant progressivement coupé la peau et les lèvres de la plaie s'étant relâchées. La cicatrisation est alors meilleure. Mais vers le 20.7, l'ablation de la sonde vésicale, précédemment mise en place, révèle une petite fistulisation vésico-hypo-gastrique qui va mettre deux mois à se fermer. Ce sera le dernier incident notable.

Madame R.... se lève, son état général s'améliore très sensiblement et elle entre en convalescence.

1. The first part of the report deals with the general situation of the country and the progress of the work during the year.

2. The second part of the report deals with the results of the work during the year.

3. The third part of the report deals with the financial statement of the year.

4. The fourth part of the report deals with the conclusions of the year.

5. The fifth part of the report deals with the recommendations for the future.

6. The sixth part of the report deals with the summary of the year.

7. The seventh part of the report deals with the appendixes.

8. The eighth part of the report deals with the index.

Nous avons eu l'occasion de la revoir 4 mois après sa première intervention .

son état général est très satisfaisant ;

- Au point de vue gynécologique :

- . l'examen ne révèle qu'une aménorrhée persistante depuis son opération, malgré la conservation de son ovaire gauche.
- . nous n'avons pas pu pratiquer d'examen histologique des annexes droites qui, cliniquement, paraissent normales et indemnes, mais étaient tellement adhérentes aux membranes du kyste qu'il fallut se résoudre à les extirper en bloc.
- . mais, nous avons pu pratiquer une hystérogaphie dans un but pronostique surtout : elle nous a permis de mettre en évidence, outre une cavité utérine infantile et très fortement antéversée mais de morphologie normale, l'existence d'une hydropyométrie tubaire gauche considérable qui, malheureusement, ne semble pas d'un bon présage quant à la possibilité d'une gestation ultérieure éventuelle, d'autant plus que de nombreuses adhérences, rançons des interventions successives, menacent d'essombrir encore cette perspective.

#### L' ENFANT QUANT A LUI

Vint au monde vivant, recouvert de sébum verdâtre, Criant de suite.

Il s'agissait d'un enfant de sexe féminin, pesant 2 kg.880, mesurant 45 cm, mais qui présentait, notamment :

- un aplatissement antéro-postérieur général, en particulier thoracique, avec scoliose à concavité droite nette et un membre antérieur ankylosé et relevé, lui donnant l'allure d'un nageur de crawl figé.
- une hydrocéphalie relative avec tête déviée latéralement, asymétrie faciale et chevauchement des pariétaux.

Il fut placé en couveuse, mais devait décéder une demi-journée plus tard, par suffocation, à la suite d'une tentative d'absorption d'un peu d'eau sucrée.

(Il est probable qu'il existait d'autres malformations organiques, mais l'autopsie a été refusée).



## CONCLUSIONS

---

Le nombre de grossesses extra-utérines susceptibles d'atteindre le terme, avec un fœtus viable, est infime.

Le diagnostic, quoiqu'il puisse être parfois évoqué, est, en effet, le plus souvent méconnu et risque d'être une surprise opératoire.

Le pronostic fœtal en dépend pourtant dans une large mesure, tant est lourd le tribut que le fœtus paie ici à son embryogénèse et, plus particulièrement, au cours des deux derniers mois où peuvent apparaître des déformations ou malformations, rançons d'un développement extra-utérin et compromettant une survie déjà précaire.

Mais pour rares qu'elles soient, il n'en reste pas moins vrai que la possibilité d'évolution jusqu'au terme et la venue au monde d'enfants viables constituent des faits qu'il convient de prendre en considération dans la surveillance médicale et obstétricale des femmes enceintes.

Une tactique opératoire rationnelle, intervenant au moment propice, peut en effet, seule, limiter les risques fœtaux et maternels.

---

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

le Recteur de l'ACADEMIE DE PARIS :

J. SARRAILH

Le DOYEN de la FACULTE  
de MEDECINE de PARIS :

Léon BINET

Le Président de la THESE :

J. VARANGOT



## BIBLIOGRAPHIE

CHAILLOT

Contribution à l'étude des grossesses abdominales à terme  
Thèse Paris 1955, n° 145.

FLEURENT

Grossesse abdominale primitive avec enfant vivant.  
Strasbourg Médical, févr. 52-3 n° 2.

HUBINOT C. & P.O.

Un cas de grossesse abdominale à terme, complication d'une myomectomie.  
Bruxelles Méd. 1953-33, n° 24.

LAMBILLON J. & DRUNEL C.

Deux cas de grossesse abdominale à terme.  
Bruxelles Méd. 27 Avril 1952, n° 17.

MUSSET R. & MICHEL H.

Grossesse abdominale à terme.  
Bulletin Ass. Gynéc. Obstétr. 1950-2, n° 1.

PALLIEZ R.

Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant.  
Lille-Chir. sv. 55 10-n° 2, 101.

VOEGLIN R.

A propos de grossesses extra-utérines à terme  
Revue de la sage-femme française, 1957.

---

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918

1917-1918



